



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche destinée au Responsable de l'Aumônerie résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1. ENFANT : NOM : PRENOM :

SEXE : M / F

Date de naissance :/...../.....

Numéro de sécurité sociale

Nom de l'assuré

--	--

2. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

DESRIPTIF	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Poli o	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Tetravax	
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> Imovax polio	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Monovax	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Genhevax <input type="checkbox"/> HBVax	
Rougeole-oreillons-rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	

Vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, polio. Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de préciser pourquoi :

.....

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :

Problèmes de santé passés (Maladie, accidents, hospitalisations, opérations):

Descriptif	Dates

Problèmes de santé actuels :

Doit-il suivre un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies et à quoi ?

4. RECOMMANDATIONS DIVERSES : (Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc...)

5. RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'aumônerie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : / /

Signature(s) :

6- AUTRES RECOMMANDATIONS EN VUE DU CAMP DU

AU

Date : / /

Signature(s) :

Date : / /

Signature(s) :

Observations à l'intention des responsables de l'enfant :

Le médecin :

(En cas de maladie ou d'accident, merci au médecin qui a examiné l'enfant de préciser ici ses conclusions ainsi que ses coordonnées)